

O APOIO MATRICIAL E A PROMOÇÃO DA SAÚDE NO COTIDIANO DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) EM CAMPINA GRANDE E JOÃO PESSOA

Rayssa Késsia Eugênia Rodrigues (1); Alexandra Bonifácio Xavier (2); Camila Rachel Lira Silva (3); Sandra Amélia Sampaio Silveira (4); Kathleen Elane Leal Vasconcelos (5).

(1) Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Email: rayssakessia@hotmail.com;

(2) Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Email: maurithiuseale@hotmail.com;

(3) Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Email: miila-lira@hotmail.com;

(4) Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Email: sandraameliasampaio@gmail.com;

(5) Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Email: prof.kathleen.uepb@gmail.com;

Resumo: A Atenção Primária a Saúde (APS) ao questionar o modelo biomédico propõe mudanças na organização dos serviços de saúde. Nesta direção, o debate em torno da APS adquire relevo internacional a partir do final da década de 1970, sendo difundido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e por organismos multilaterais. Essa agenda é adotada no Brasil, como algumas particularidades, e é evidenciada nas ações do Ministério da Saúde (MS) que passa a enfatizar programas e ações de fortalecimento da Atenção Básica. Os maiores expoentes serão a Estratégia Saúde da Família (ESF), e com o suporte posterior do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Nesta direção o presente artigo apresenta um recorte dos resultados de uma pesquisa de Iniciação Científica (IC) realizada junto às equipes NASF dos municípios de Campina Grande e João Pessoa, na Paraíba. Assim, este artigo traz uma análise do cotidiano de trabalho dos profissionais, com ênfase nas características do Apoio Matricial e da Promoção da Saúde nos NASF dos municípios de Campina Grande/PB e João Pessoa/PB. Os desafios na relação dos profissionais do NASF com as equipes Saúde da Família e a dificuldade de construção de práticas que efetivem a perspectiva do Apoio Matricial, também são analisados no presente texto.

Palavras-chave: Atenção Primária a Saúde (APS), Apoio Matricial, Promoção da Saúde, Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).

1. INTRODUÇÃO

O presente artigo resulta da pesquisa intitulada “**Promoção da Saúde:** uma análise

das concepções e práticas das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)”, financiada pelo Conselho Nacional

de Desenvolvimento Científico (CNPQ), processo 409069/2013-2. Este estudo também vem sendo viabilizado através do Edital 01/2015 – PRPGP/UEPB (Seleção PIBIC, cota 2015-2016), sendo composto por dois subprojetos.

Inicialmente discute a relevância das temáticas da Atenção Primária a Saúde (APS) e da Nova Promoção da Saúde (NPS) em nível mundial, enquanto parte de propostas de reorganização do modelo de atenção à saúde. Em seguida, apresentamos a Estratégia Saúde da Família (ESF) e a criação e implantação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), fazendo um histórico em especial dos municípios de Campina Grande/PB e João Pessoa/PB.

Com base nos dados da pesquisa supracitada propomo-nos ainda a analisar o processo de trabalho das equipes do NASF e identificar as características do Apoio Matricial nos municípios pesquisados, sempre nos remetendo as normas gerais estabelecidas pelo MS e a analisando a concordância ou não com o perfil de equipe requerido.

2. A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL E O NASF

A Atenção Primária à Saúde (APS) vem ganhando destaque no cenário global como uma estratégia de reorganização dos serviços de saúde, que tem como horizonte a

alteração/ultrapassagem do modelo hegemônico (biomédico)¹.

As ideias da APS ganham maior destaque a partir da realização, em 1978, da I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, Ottawa/Canadá, promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef). As propostas resultantes deste evento tinham como horizonte “promover a saúde de todos os povos do mundo”, caracterizando a saúde como “estado de completo bem estar físico, mental e social”, constituindo-se como “direito humano fundamental” e o estabelecimento da meta de “Saúde para todos no Ano 2000” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1978).

Em 1979 foi realizada a Conferência de Bellagio que, em contraposição às ideias defendidas na Declaração de Alma-Ata, julga incoerente a proposição “Saúde para todos no Ano 2000” considerando-a como um ideal amplo, e propõe uma “APS seletiva” (MOROSINI et al., 2007 *apud* XAVIER et al., 2016, p. 13), voltada a um pacote básico

¹ Esta perspectiva é hospitalocêntrica, ou seja, o foco é o desenvolvimento de “um enfrentamento frontal das enfermidades agudas pela via da imunização e do tratamento” (NUNES, 1980 *apud* VASCONCELOS, 2013, p.46). Enfatiza a assistência curativa individual, pautada na valorização do saber médico e na compreensão essencialmente biologicista do adoecimento.

de medidas através de políticas públicas focalizadas.

Em diversos países a divulgação e implantação da proposta da APS é influenciada pela aceitação das ideias defendidas na Conferência de Bellagio, pautada numa interpretação reducionista, difundida por organismos multilaterais como o Banco Mundial (BM) e o Fundo Monetário Internacional (FMI)².

A partir daí a discussão em torno da APS ganha relevo em nível mundial. Neste mesmo período tomam a cena propostas de reformas neoliberais, constituindo-se como um receituário que ganhava espaço e força entre os defensores do sistema capitalista. Funcional a este ideário “a ênfase na APS permite um intencional descuido com os demais níveis de atenção” (MARTINIANO, 2014, p. 365). A agenda proposta enfoca ações da atenção básica, “dedicada à população de baixa renda, no sentido de minimizar a exclusão social e econômica decorrentes da expansão do capitalismo global, distanciando-se do caráter universalista da Declaração de Alma-Ata”

² “Neste cenário, instituições como o Banco Mundial e a Organização Mundial do Comércio passaram a assumir o papel de ‘Ministério da Saúde’ dos países periféricos nos anos 1980 e 1990 (MERHY; FRANCO, 2007). Assim, em suas recomendações de contenção de gastos públicos e focalização das políticas sociais, tais instituições apontam para a necessidade de divisão na prestação de serviços de saúde: os serviços de atenção básica versus os secundários e terciários” (VASCONCELOS, 2013, p.68).

(MATTA et al., 2006 *apud* XAVIER et al., 2016, p.13).

No Brasil a APS ganha destaque na agenda sanitária na década de 1990, período em que a correlações de forças, é tensionada pelo Movimento de Reforma Sanitária (MRS), que demanda a implantação da APS numa perspectiva ampliada, e os influxos do movimento internacional que defende a APS sob a égide do neoliberalismo. Assim, o Governo Federal inicia a implantação de programas e estratégias para fortalecer a Atenção Básica no cenário nacional, como o Programa Saúde da Família (PSF), posteriormente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF)³, configurando-se como a principal proposta para operacionalização da APS no Brasil.

Desse modo, de acordo com o Ministério da Saúde (MS), a ESF é a estratégia brasileira para reorganizar o sistema de saúde, dando enfoque às ações no primeiro nível de atenção e tendo por finalidade contribuir para a implantação da APS, em concordância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 2008, o MS cria o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), através da

³ A mudança na nomenclatura de Programa para Estratégia é realizada, pois a designação de programa deixava subentendido a ideia de provisoriedade. Também não dava conta da magnitude do alcance atribuído ao mesmo, uma vez que é proposto como a porta de entrada do sistema de saúde e a referência para a sua reestruturação e organização.

Portaria Normativa nº 154, de 24 de Janeiro de 2008, orientado para “apoiar a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços, além de ampliar a abrangência e o escopo das ações de Atenção Básica”.

Segundo o MS, os NASF devem contribuir para o fortalecimento da atuação da Saúde da Família, inflexionando, através do Apoio Matricial, as ações das equipes básicas, com a finalidade de fortalecer a ação intersetorial e interdisciplinar, influenciando nos distintos processos operacionalizados para os avanços da APS nas dimensões da “promoção, prevenção, reabilitação da saúde e cura, além de humanização de serviços, educação permanente, promoção da integralidade e da organização territorial dos serviços de saúde” (BRASIL, 2009, p.11-12).

É fundamental situar que, conforme Campos (2013, apud XAVIER, 2016, p. 30), o Apoio Matricial possui duas dimensões:

A primeira seria de **suporte técnico-pedagógico**, que engloba o apoio educativo e técnico no planejamento, execução e avaliação de ações por parte das equipes da ESF [...]. O apoiador matricial pode contribuir para a capacidade de resolução das equipes de referência, não fazendo por elas, mas qualificando-as [...]. A outra dimensão é de **suporte assistencial**, na qual o apoiador é demandado a realizar ações clínicas diretamente com os usuários em casos em que a Equipe de Referência não possui o

aporte necessário para lidar [...].

Segundo o MS, na relação do NASF com a ESF deve ocorrer um processo de compartilhamento de responsabilidade na atuação junto à população usuária, considerando a primazia da ESF. O NASF, através do apoio matricial, deve “possibilitar uma revisão e qualificação dos encaminhamentos na rede de saúde, a partir do fortalecimento da capacidade resolutive dos profissionais da atenção básica” (SAMPAIO et al., 2013, p.48).

Partindo dessas considerações o artigo irá apresentar e analisar o cotidiano de trabalho dos profissionais dos NASF de Campina Grande e João Pessoa e apresentar as características do Apoio Matricial desenvolvido pelas equipes destes núcleos, com base na pesquisa de campo realizada junto aos profissionais dos referidos municípios.

3. METODOLOGIA

A pesquisa que fundamentou o presente artigo consiste em um estudo analítico, com abordagem qualitativa, e tendo como matriz de análise teórico-metodológica o materialismo histórico-dialético, que têm como categorias heurísticas a contradição e a totalidade.

Os sujeitos da pesquisa foram vinte e seis (26) profissionais, sendo quatorze (14)

sujeitos entrevistados em João Pessoa e doze (12) em Campina Grande, definida a amostragem de dois (2) entrevistados/as por categoria profissional. A pesquisa teve como instrumentos de coleta dados a pesquisa documental, a entrevista com roteiro semi-estruturado⁴ com uso do recurso da gravação e a observação sistemática. Quanto ao exame dos dados coletados adotamos a análise de conteúdo, conforme indicações de Bardin (1997). Primando pelo sigilo as falas dos/as profissionais entrevistados/as são identificadas através do número da entrevista, a categoria profissional e o município que atuam.

Na construção da pesquisa foram seguidas as diretrizes contidas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) quanto à realização de pesquisa com seres humanos, sendo também submetido ao Comitê de Ética na Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 TRAJETÓRIA E CONFIGURAÇÕES DO NASF EM CAMPINA GRANDE/PB E JOÃO PESSOA/PB

Em sumária contextualização, vale registrar que João Pessoa está localizado no litoral do estado. Conta com uma população

de 742.478 habitantes (IBGE, 2015). Campina Grande, localizada no Planalto da Borborema, agreste paraibano, possui uma população de 389.995 habitantes (Idem, 2015).

Em João Pessoa, as primeiras equipes Saúde da Família foram implantadas em 1999 e, conforme dados do MS, atualmente há 186 equipes básicas assistindo a 81,78% da população municipal (MS/SAS/DAB, 2016)⁵. Em tal localidade, o NASF foi implantado em 2008, substituindo um apoio institucional já existe no município, baseado no modelo em “Defesa da Vida”, o qual desenvolvia um trabalho voltado para a área administrativa das Unidades Básicas de Saúde (UBS) (ALMEIDA, 2011 *apud* XAVIER, 2016, p. 44). Essa perspectiva de apoio institucional é modificada quando o MS criou o NASF na perspectiva do apoio matricial, possibilitando aos municípios que o implantasse o recebimento de repasses financeiros. (GARCIA JÚNIOR; NASCIMENTO, 2012 *apud* XAVIER, 2016, p. 44).

Conforme dados da Gerência da Atenção Básica da Secretária Municipal de Saúde de João Pessoa, atualmente existem 34 equipes NASF, que apoiam 186 equipes Saúde da Família, trabalhando nos cinco distritos sanitários.

⁵ Disponível em:
http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php. Acesso em 29 de Mar., 2016.

Já em Campina Grande, as primeiras equipes Saúde da Família foram pioneiras em nível nacional, sendo implantadas em 1994. Conforme dados do MS atualmente existem 100 equipes básicas, assistindo a 88,46% da população (Disponível em: MS/SAS/DAB) ⁶. A implantação do NASF nesse município se inicia em 2008, com o contingente de nove (09) equipes NASF apoiando sessenta e seis (66) equipes Saúde da Família, número que permanece até os dias atuais, conforme a Secretaria Municipal de Saúde.

No tocante à composição das equipes, o NASF de João Pessoa conta com um total de 107 profissionais de 9 categorias profissionais, com formação em Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. Apesar de atender aos parâmetros estabelecidos pelas normativas do NASF, verificou-se durante as entrevistas que apenas 3 entrevistados/as declaram participar de uma equipe com todas as categorias profissionais previstas pelo MS.

Já em Campina Grande, conforme dados da Secretária Municipal (2014), o NASF dispõe de 45 profissionais de 6 categorias profissionais, com formação em Educação Física, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia e Serviço Social.

A partir de tais informações, traçar-se-ão agora algumas considerações sobre o cotidiano de trabalho das equipes NASF, dando ênfase a sua articulação com as equipes de Saúde da Família.

4.2. COTIDIANO DE TRABALHO NOS NASF DE CAMPINA GRANDE E JOÃO PESSOA

De acordo com o Caderno de Atenção Básica nº 27, que traz orientações gerais para o NASF, no cotidiano de trabalho os profissionais devem atuar como apoio as equipes Saúde da Família na perspectiva de concretização do princípio da territorialização (BRASIL, 2009). A atuação deve priorizar ações de atendimento compartilhado, a realização de atendimentos específicos de profissionais do NASF (depende de negociação com as equipes Saúde da Família) e o desenvolvimento de ações comuns com a equipe de atenção básica. É significativo pontuar que os/as profissionais do Apoio desempenham uma função de elevado grau de responsabilidade atuando em diferentes frentes que englobam a definição de indicadores e metas, a formação da agenda de trabalho, o desenvolvimento de atividades pedagógicas e o foco na opção do trabalho em equipe.

Assim, durante a pesquisa os/as entrevistados/as do NASF foram indagados/as sobre a operacionalização das ações junto às

⁶ (idem, Acesso em 29 de Mar., 2016).

equipes de Saúde da Família, as atividades realizadas com ou para a população adscrita e a existência ou ausência de reuniões periódicas com a coordenação do Núcleo, entre a própria equipe e entre as equipes básicas da ESF.

Os/as profissionais de Campina Grande/PB descrevem como atividades desenvolvidas o matriciamento, o atendimento individual, os atendimentos coletivos através de atividades em grupo (como oficinas, palestras educativas, sala de espera) e as visitas domiciliares.

No dia a dia a gente tem **acolhimento, sala de espera, acompanhamento, demandas livres e também programadas, visitas domiciliares, encaminhamentos, referência e contra referência[...]** (E11/AS1/CG – grifos nossos).

Verificamos que em Campina Grande as ações dos profissionais do NASF consistem principalmente em atendimentos individuais voltados à prevenção do adoecimento, em detrimento do apoio técnico-pedagógico às equipes Saúde da Família, previsto pelo MS como função principal dos NASF. A fala dos/as entrevistados/as evidência que há problemas na concretização do Apoio matricial.

Nesse sentido, quanto às ações do Núcleo, corroboramos com os estudos de Rocha (et al, 2011) identificando que,

concernente à atuação junto às equipes básicas, as ações dos NASF se voltam a atividades ligadas à **prevenção de doença**⁷, recorrentemente citada nas entrevistas sob a nomenclatura de “parte educativa”.

Conforme as entrevistas, no município em tela são realizadas reuniões mensais entre as equipes NASF e a coordenação do Núcleo, tendo como objetivo a organização das atividades através do planejamento conjunto de ações especializadas e multidisciplinares, o repasse de informações sobre as atividades desenvolvidas e a análise de propostas para operacionalização do trabalho.

De acordo com os/as entrevistados/as, existe também uma reunião específica de cada equipe NASF, que ocorre semanalmente e compõe a agenda fixa dos profissionais. Nestes encontros, o foco está no cotidiano de trabalho do Núcleo junto às Unidades Básicas de Saúde (UBS), discute-se a formação de uma agenda de ações semanais e a operacionalização das atividades.

Acerca das reuniões entre o NASF e a equipe Saúde da Família, alguns

⁷ Tendo como expoentes memoráveis as propostas de Leavell e Clark apresentadas na obra “História natural da doença” esse modelo possui como foco a doença e é centralizado em ações no âmbito da “prevenção de doenças”. As propostas advindas dessa perspectiva têm enfoque no indivíduo e no seu papel social enquanto portador de um potencial de ação para “prevenir-se” do adoecimento. Um dos grandes equívocos dessa perspectiva é a negação da análise dos outros fatores que concorrem no processo de adoecimento e o enfoque dado puramente à biologia.

entrevistados/as não fazem qualquer referência, já outros pontuam sua existência afirmando que há um planejamento conjunto das ações.

Já no município de João Pessoa, quanto ao cotidiano de trabalho, os/as entrevistados/as destacam que as atividades desenvolvidas são as atividades administrativas, o matriciamento, as visitas domiciliares, as atividades de grupo, salas de espera, acompanhamento de casos clínicos para atendimentos e encaminhamentos, as reuniões, o planejamento, a elaboração de cronogramas, entre outras atividades.

Meu cotidiano de trabalho no NASF ele é corrido, muito corrido mesmo. Tanto eu atendo como nutricionista, como as demandas que elas [equipes básicas] me repassam, os encaminhamentos, como eu atendo na parte de administração, na realidade a gente trabalha mais como administradora [...] (E8/Nutri2/CG – grifos nossos).

As reuniões de todas as equipes NASF de cada distrito, em João Pessoa, são realizadas semanalmente junto à coordenação distrital, assemelhando-se às reuniões mensais realizadas junto à coordenação do NASF do município de Campina Grande. De acordo com os depoimentos, durante as reuniões, as discussões se voltam para o cotidiano de trabalho nas UBS.

Em relação à ocorrência de reuniões específicas de cada equipe NASF, a maioria dos/as profissionais de João Pessoa afirma que elas ainda não existem ou que estão em fase de planejamento (como se pode ver na fala anterior). Poucos/as entrevistados/as deste município disseram que esta reunião específica da equipe NASF é realizada. Algumas falas afirmaram que esta reunião ocorre mensalmente e as discussões giram em torno das demandas, limites e das ações profissionais desenvolvidas.

As reuniões entre a equipe de Saúde da Família e os profissionais do NASF de João Pessoa, segundo os entrevistados, ocorrem semanalmente, e nestas são discutidas a operacionalização das decisões tomadas na reunião distrital, ressalvas e orientações sobre o cotidiano de trabalho e as demandas das UBS:

Desse modo, no tocante a estas reuniões entre o NASF e a equipe Saúde da Família, os municípios apresentam particularidades. Em João Pessoa os/as profissionais afirmam que essas ocorrem semanalmente, enquanto que em Campina Grande alguns entrevistados/as ao longo de suas falas não fazem referência, já outros pontuam que essas reuniões existem e se constituem como momento de interação entre as equipes possibilitando a construção de

vínculos e a ação conjunta no processo de trabalho.

A existência e regularidade de reuniões entre a equipe NASF e destas com as equipes Saúde da Família têm relevância para o processamento das ações, já que nelas os profissionais estabelecem vínculos entre si e junto às equipes Saúde da Família, possibilitando a qualificação da atuação e facilitando a concretização da perspectiva do Apoio Matricial. Ou seja, as reuniões descritas têm importância fundamental para a operacionalização dos princípios do NASF, configurando possibilidades de integração que potencializam as ações na APS.

Depois de explicitado sobre o cotidiano de trabalho e a articulação do NASF com as equipes de Saúde de Família, é fundamental analisar as características do Apoio desenvolvido nos NASF dos municípios pesquisados para se compreender as particularidades da organização e da relação entre o NASF e as equipes básicas.

4.3. CARACTERÍSTICAS DO APOIO MATRICIAL NOS NASF DOS MUNICÍPIOS DE CAMPINA GRANDE/PB E DE JOÃO PESSOA/PB

A priori, é fundamental situar que, apesar do MS fazer referência ao Apoio Matricial como uma ferramenta fundamental a ser utilizada no NASF, há diferentes

perspectivas⁸ de prática do Apoio sendo operacionalizadas no trabalho cotidiano das equipes, conforme Sampaio et al. (2013). Segundo as autoras, “A carência de definições teóricas por parte do Ministério da Saúde para a orientação dos NASF tem favorecido variadas interpretações sobre o papel destes núcleos junto às ESF [...] (idem, p. 49)”, sendo possível identificar as seguintes perspectivas de Apoio Matricial:

- 1) **O Apoio Gerencial-Administrativo**, no qual o apoiador atua como “gerente do serviço de saúde”, suas ações são focadas na “organização institucional” e o profissional assume as “funções burocráticas” da UBS.
- 2) **O Apoio Político-Institucional**, os apoiadores tornam-se uma “extensão da gestão e têm como função fazer operar os direcionamentos políticos na condução das ações de saúde nos territórios, junto às equipes de saúde da família” (idem, p. 52)
- 3) **O Apoio Técnico-Pedagógico**, voltado à processos de Educação Permanente, priorizando ações intersetoriais e interdisciplinares, potencializando a ação das

⁸Tais perspectivas, ou acepções, foram identificadas por Sampaio et al (2013), que chegaram a tal conclusão após realizarem uma análise das normativas do NASF, em especial do Caderno de Atenção Básica nº 27 (BRASIL, 2009), da Portaria GM nº 154/2008 e de outros documentos oficiais que tratam da operacionalização do NASF, bem como da análise do trabalho das equipes NASF de Campina Grande e João Pessoa, na Paraíba, a partir de pesquisa de campo realizada em tais municípios no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011.

equipes de saúde da família e a articulação com o NASF.

4) **O Apoio Técnico-Assistencial:** os profissionais do NASF prestarem atendimentos individuais ou coletivos, estabelecendo redes de cuidado – com o fortalecimento da co-gestão do cuidado.

5) **O Apoio Político-Comunitário** que fomenta o compromisso com a ampliação da participação popular, dos espaços de diálogo e inclui os saberes populares na definição dos problemas, fortalecendo a organização dos usuários.

Durante o trabalho de campo, quando indagados/as acerca da realização de Apoio Matricial, nas entrevistas de Campina Grande, apenas três dos doze profissionais entrevistados/as afirmaram que suas equipes conseguem realizar o Apoio Matricial e somente dois destes/as trabalhadores conseguiram indicar a importância do matriciamento para o trabalho das equipes NASF, como pode ser lido na colocação abaixo.

[...] Nesses anos todos que estou no NASF, **tenho visto o NASF evoluir muito. A gente tem visto uma mudança de postura da gestão também, que muitas acreditavam em um NASF ambulatorial que é estar só aqui na unidade atendendo. A gente não vem com essa proposta [...] a gente vem com a proposta de território, de fazer matriciamento [...]**

(E9/Psic62/CG – grifos nossos).

Os/as profissionais do município citado afirmam que o propósito do NASF é **apoiar a equipe de Saúde da Família**, estabelecendo uma interação entre as equipes:

Existe realmente essa integração do NASF com a equipe de saúde. Porque esse é o propósito, né? do NASF, é apoiar a equipe de saúde [...]
(E6/Farma2/CG – grifos nossos).

Não obstante tais depoimentos, conforme se indicou em item anterior, o tipo de Apoio que predomina entre os trabalhadores/as de Campina Grande é o técnico-assistencial, em detrimento do técnico-pedagógico, componente fundamental da perspectiva de Apoio Matricial preconizado pelo MS.

No que se refere às entrevistas de João Pessoa, alguns/mas profissionais citam o Apoio Matricial, defendendo que a ação primordial do NASF é apoiar as equipes Saúde da Família:

O NASF em si ele vem para matriciar, para auxiliar, o nome já está dizendo, é o núcleo de apoio à saúde da família, então pra quê? Para **somar à equipe alguns especialistas que não compõem a equipe de Saúde da Família [...]**
(E8/Nutri2/JP – grifos nossos).

Outros profissionais fazem referências superficiais à função do NASF enquanto Apoio Matricial às equipes Saúde da Família e, frequentemente, fazem referência ao Apoio Institucional:

Primeiro é o processo de gerenciar. A unidade caminha com o apoiador à frente, então tem o processo de gerenciamento que você dá conta e tomar conta de absolutamente tudo [...] (E7/Psicó. 1/ JP – grifos nossos).

Como evidenciam esta e outras afirmações em João Pessoa a ação profissional é pautada no Apoio Gerencial-Administrativo⁹. Apesar de ser muito evidente no modelo organizacional assumido pelo NASF em João Pessoa, como explica Sampaio et. al., (2013), é contrário à perspectiva do Apoio Matricial preconizado pelo MS para o NASF.

As entrevistas realizadas revelam tendências que inflexionam diretamente a operacionalização da ação dos NASF, evidenciando particularidades do Apoio. Neste sentido, em Campina Grande, alguns aspectos detectados na pesquisa que está em andamento e que fundamentou o presente artigo, assemelham-se aos estudos de

⁹ Nesta acepção de Apoio Matricial, os trabalhadores do NASF se voltam para solucionar problemas estruturais e administrativos das UBSF (SAMPAIO et al, 2013). Assim, o apoiador atua como um gerente do serviço de saúde organizando a instituição, assumindo funções burocráticas, tornando-se a extensão administrativa da gestão municipal de saúde.

Sampaio et al (2013) a exemplo do relevo da prática assistencial, ou seja, a predominância da perspectiva de Apoio Técnico-Assistencial entre os profissionais, através de ações que em sua maioria consistiam em atendimentos individuais ou coletivos. Assim, os profissionais do Núcleo chegavam a assumir, em determinados casos, o direcionamento do cuidado ou ainda se achavam responsáveis pelas ações educativas.

Em João Pessoa a marca particular imprimida na configuração do NASF encontrada no estudo em curso corrobora e reforça os achados de Sampaio et al (idem) referentes à preponderância das vertentes Político-Institucional e Gerencial-Administrativo do Apoio Matricial, levando os profissionais do NASF a participarem diretamente das tarefas administrativas e assumindo a responsabilidade de tarefas burocráticas para a manutenção da UBS.

5. CONSIDERAÇÕES PARCIAIS

Considerando a importância da APS no contexto global e a influência direta para as políticas de saúde no Brasil, cumpre destacar que a implantação do NASF vem impulsionar a operacionalização da APS brasileira, com potencialidades para fortalecer os serviços da atenção básica.

Não obstante, nos dois municípios analisados as experiências distintas, no que se

refere à consecução dos NASF, especialmente no tocante à modalidade de apoio adotado, indicam que este é determinante na organização do cotidiano de trabalho dos/as profissionais, evidenciando que a opção pela perspectiva do apoio é influenciada por diversos elementos, entre os quais a organização institucional e as demandas locais.

6. REFERÊNCIAS:

- BRASIL. M. S. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009 (Caderno de Atenção Básica; n. 27).
- ____. **Portaria nº 154**, de 24 de Janeiro de 2008. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- CAMPOS, G. W.S; CUNHA, G. T.; FIGUEIREDO, M. D. Metodologia para a cogestão, apoio institucional e apoio matricial. In: _____. **Práxis e Formação Paideia: apoio e co-gestão em saúde.** São Paulo: Hucitec, 2013.
- MARTINIANO, C.S. et.al. **Promoção da Saúde: polissemias conceituais e ideopolíticas. Por uma crítica da Promoção da Saúde: contradições e potencialidade no contexto SUS.** (ORGS: VASCONCELOS, K.E.L; COSTA, M.D.H). Campinas: Hucitec, 2014.
- ROCHA, A. M. de O. et al. **Análise do perfil profissional das equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família de Campina Grande-PB.** 2011. Disponível em:<www.inicepg.univap.br>.
- SAMPAIO, J. et al. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Refletindo sobre as Acepções Emergentes da Prática. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde.** Volume 17, Páginas 47-54, 2013.
- OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE). **Atención Primaria de Salud.** Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma Ata, URSS. Ginebra, 1978.
- VASCONCELOS, K. E. L. **Promoção da Saúde e Serviço Social: uma análise do debate profissional.** Tese (Doutorado em Serviço Social). Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2013.
- XAVIER. A.B; et.al. **Promoção da Saúde: uma análise das concepções e práticas das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).** Relatório Final de Pesquisa de Iniciação Científica-CNPq, Campina Grande, 2016.